



### Standpunkt

Somatik und Psychiatrie konnten und können sich getrennt entwickeln – geographisch, disziplinär, in Klinik, Forschung und Lehre und den Köpfen. Körper und Psyche jedoch bleiben verbunden, sind voneinander abhängig und beeinflussen sich gegenseitig. Das Schweizerische Gesundheitsobservatorium demonstriert und illustriert im vorliegenden Bulletin eindrücklich die Prävalenz der somato-psychischen Komorbiditäten und deren Relevanz für Patientinnen und Patienten, Institutionen, Gesundheitswesen und Gesellschaft.

Es gibt eine reichhaltige Literatur zur Wirksamkeit der Konsiliar- und Liaisonpsychiatrie in der Versorgung von komorbiden Patientinnen und Patienten (Verbesserung des psychischen Zustands, des somatischen Krankheitsverlaufs und der damit verbundenen Kosten), sofern diese gezielt eingesetzt wird, das heisst deren Interventionen sich an der mit somatischer und psychischer Komorbidität verbundenen Komplexität orientiert (Stiefel et al., 2008). Entscheidend ist somit, dass die mit Komorbiditäten verbundene Komplexität erfasst und die Liaisonpsychiatrie frühzeitig in die Behandlung einbezogen wird ([www.intermedconsortium.com](http://www.intermedconsortium.com)).

Erfreulich ist, dass auch auf politischer Ebene der Handlungsbedarf für die weitere Implementierung der Liaisonpsychiatrie erkannt wurde (Gesundheit2020, BAG). Implementierung bedeutet, dass psychiatrisch-psychotherapeutische Fachkräfte nicht nur konsiliarisch beigezogen werden, sondern ein fester Bestandteil des Behandlungsteams sind und so auch ein Wissensaustausch und eine Verbreitung psychosozialer Kompetenz erreicht werden kann.

Lesen Sie den Bericht, überfliegen Sie nicht einfach das Fazit dieses Obsan Bulletin. Nehmen Sie es wahr und nehmen Sie es ernst: Patientinnen und Patienten, Angehörige, Klinikerninnen und Kliniker sowie die Steuerzahlerinnen und Steuerzahler könnten davon profitieren.

Professor Friedrich Stiefel, Chefarzt des Dienstes für Konsiliar- und Liaisonpsychiatrie, CHUV, Lausanne.

## Somatisch-psychische Komorbidität in Schweizer Akutspitälern

### Prävalenz und Inanspruchnahme

Somatisch-psychische Komorbidität – das gleichzeitige Vorhandensein psychischer Erkrankungen bei somatischer Grunderkrankung – ist bei Patientinnen und Patienten im stationären Bereich von Akutspitälern relativ häufig. Untersuchungen aus Deutschland zeigen, dass bei 9% bis 28% der akutsomatischen Hospitalisierungen zusätzlich eine psychische Erkrankung in Form einer Nebendiagnose vorliegt (Burgmer et al., 2004; Häuser et al., 2005). Komorbiditäten sind nicht nur häufig, sie wirken sich auch oft ungünstig auf den Krankheitsverlauf aus und können zu längeren Spitalaufenthalten und höheren Behandlungskosten führen (z.B. Rose et al., 2011). Besonders stark zeigt sich ihr negativer Einfluss bei chronischen somatischen Grunderkrankungen (Klesse et al., 2008).

Zur Situation in der Schweiz ist diesbezüglich nur wenig bekannt. Es gibt weder Zahlen zur Verbreitung noch zur Inanspruchnahme von Gesundheitsleistungen. Das vorliegende Obsan Bulletin untersucht daher die Prävalenz sowie die Auswirkungen somatisch-psychischer Komorbidität in Schweizer Akutspitälern im Jahr 2016. Folgende Fragestellungen sind dabei zentral: (1) *Wie häufig sind psychische Störungen als Nebendiagnose bei somatischer Hauptdiagnose? Welche Kombinationen von somatisch-psychischer Komorbidität sind besonders häufig?* (2) *Welchen Einfluss haben komorbide psychische Störungen auf die Inanspruchnahme von Leistungen im Akutspital und auf den Krankheitsverlauf?*

Um diese Fragen zu beantworten, werden anhand der Medizinischen Statistik der Krankenhäuser sämtliche Akutsomatik-Fälle des Jahres 2016, welche neben der somatischen Grunderkrankung (Hauptdiagnose) zusätzlich eine psychische Störung aufweisen, hinsichtlich Häufigkeit und Verteilung der psychischen Nebendiagnosen analysiert. Zudem werden sie mit rein somatischen Fällen verglichen, um die Effekte somatisch-psychischer Komorbidität auf die Aufenthaltsdauer, Rehospitalisierungs- und Mortalitätsraten sowie den ökonomischen Ressourcenaufwand zu bestimmen. Als Ergänzung zu diesem Bulletin existiert ein Tabellenbericht mit Ausführungen zum methodischen Vorgehen und zusätzlichen Auswertungen (Tuch, 2018).

## Verteilung der F-Nebendiagnosen bei somatisch-psychischer Komorbidität, 2016

T 1

F-Nebendiagnose nach ICD-10-Gruppe	n <sup>1</sup>	% <sup>2</sup>
F00–F09 Organische, einschliesslich symptomatischer psychischer Störungen	42 189	34,2
F10–F19* Psychische und Verhaltensstörungen durch psychotrope Substanzen	26 891	21,8
F20–F29 Schizophrenie, schizotype und wahnhaftige Störungen	5 116	4,2
F30–F39 Affektive Störungen	41 799	33,9
F40–F48 Neurotische, Belastungs- und somatoforme Störungen	20 313	16,5
F50–F59 Verhaltensauffälligkeiten mit körperlichen Störungen und Faktoren	1 106	0,9
F60–F69 Persönlichkeits- und Verhaltensstörungen	4 002	3,2
F70–F79 Intelligenzstörung	1 474	1,2
F80–F89 Entwicklungsstörungen	354	0,3
F90–F98 Verhaltens- und emotionale Störungen mit Beginn in der Kindheit und Jugend	695	0,6
F99 nicht näher bezeichnete psychische Störungen	164	0,1

<sup>1</sup> Anzahl Fälle<sup>2</sup> Anteil Fälle an somatisch-psychisch komorbiden Fällen insgesamt

\* ohne psychische und Verhaltensstörungen durch Tabak (F17)

Quelle: BFS – Medizinische Statistik der Krankenhäuser 2016

© Obsan 2018

## Häufige Formen somatisch-psychischer Komorbidität

Es ist oftmals kaum zu beurteilen, ob eine psychische Erkrankung Grundlage oder Folge der somatischen Erkrankung ist (Baumeister et al., 2011), und anhand der Informationen in der Medizinischen Statistik lassen sich diesbezüglich keine Schlüsse ziehen. Daher definiert das vorliegende Bulletin Komorbidität als *einfache Komorbidität*, d. h. als das gleichzeitige Auftreten mehrerer Krankheiten, unabhängig davon, warum diese nebeneinander bestehen (Baumeister et al., 2011).

Demnach wurden im Jahr 2016 bei 11,4% aller Akutsomatik-Fälle neben einer somatischen Grunderkrankung zusätzlich mindestens eine psychische Störung, eine sogenannte F-Nebendiagnose, diagnostiziert (n=123230). Dabei stellen die *Organischen einschliesslich symptomatischen psychischen Störungen* (F00–F09) zusammen mit den *Affektiven Störungen* (F30–F39) mit Anteilen von je ungefähr einem Drittel die häufigsten Formen psychischer Komorbidität dar; gefolgt von den *Psychischen und Verhaltensstörungen durch psychotrope Substanzen* (F10–F19) mit einem Anteil von rund einem Fünftel (vgl. T 1).

Mit 27 802 Fällen ist die *Depressive Episode* (F32) die häufigste komorbide F-Diagnose innerhalb der *Affektiven Störungen*. Sie tritt besonders häufig in Kombination mit *Gelenkerkrankungen* (M00–M25; n=2080), *Bösartigen Neubildungen* (C00–C97; n=2176) und *Deformitäten der Wirbelsäule und des Rückens* (M40–M54; n=1394) auf.

Bei den *Organischen, einschliesslich symptomatischen psychischen Störungen* ist das *Delir*, das nicht durch Alkohol oder andere psychotrope Substanzen bedingt ist (F05), die am häufigsten vorkommende komorbide F-Diagnose (n=17 469). Die häufigsten komorbiden somatischen Hauptdiagnosen bei einem Delir sind *Bösartige Neubildungen* (C00–C97; n=2062), *Sonstige Formen der Herzkrankheit* (I30–I52; n=1567) und *Verletzungen der Hüfte und des Oberschenkels* (S70–S79; n=1213).

## Daten und Methoden

Für die Analysen wurden Daten der Krankenhausstatistik und Daten der Medizinischen Statistik der Krankenhäuser des Bundesamtes für Statistik (BFS) des Erhebungsjahrs 2016 verwendet.

Um potentielle Effekte der somatisch-psychischen Komorbidität zu bestimmen, wurden die komorbiden mit den rein somatischen Fällen verglichen. Neben deskriptiven Vergleichen (beobachtete Werte) wurden für die Aufenthaltsdauer, Kostengewichte und Rehospitalisierungs- sowie Mortalitätsraten zusätzlich **multivariate Modelle** gerechnet, welche Alter, Geschlecht, somatische Hauptdiagnose (nach ICD-10-Kapitel I bis XXII) sowie den somatischen Komplexitäts- und Komorbiditätslevel eines Behandlungsfalls als weitere Einflussfaktoren berücksichtigen. Basierend auf den Modellen wurden **Adjustierte Werte** berechnet. Dabei werden die Patientengruppen «somatisch-psychische Komorbidität» und «reine somatische Erkrankung» bzgl. den weiteren Einflussfaktoren angeglichen, so dass ein direkter Vergleich zwischen den Gruppen möglich ist und ein allfälliger Unterschied nicht z. B. auf das Alter oder Geschlecht der Patientinnen und Patienten zurückzuführen ist (für weitere Informationen zum methodischen Vorgehen vgl. Tuch, 2018). Für sämtliche Analysen wurden die unter 18-Jährigen ausgeschlossen.

*Psychische und Verhaltensstörungen durch Alkohol* (F10) sind mit 20 295 Fällen die häufigsten komorbiden F-Nebendiagnosen innerhalb der *Psychischen und Verhaltensstörungen durch psychotrope Substanzen*. Diese Diagnosen kommen häufig in Kombination mit *Verletzungen des Kopfes* (S00–S09; n=2125), *Bösartigen Neubildungen* (C00–C97; n=1243) und *Krankheiten der Leber* (K70–K77; n=1167) vor.

Aus somatischer Sicht gibt es bei den *Bösartigen Neubildungen* (C00–C97) die höchste Anzahl Fälle mit somatisch-psychischer Komorbidität (n=10 276). Das entspricht 8,3% aller Fälle mit einer somatisch-psychischen Komorbidität. Ebenfalls häufig sind F-Diagnosen in Kombination mit *Sonstigen Formen der Herzkrankheit* (I30–I52; n=7192 bzw. 5,8%), *Gelenkerkrankungen* (M00–M25; n=5196 bzw. 4,2%) und *Grippe und Pneumonie* (J09–J18; n=4822 bzw. 3,9%).

### Einfluss auf Inanspruchnahme und Krankheitsverlauf

Somatisch-psychisch komorbide Patientinnen und Patienten sind im Durchschnitt rund 10 Jahre älter und weisen einen wesentlich schlechteren Gesundheitszustand auf als rein somatisch Erkrankte. Sie haben rund doppelt so viele Nebendiagnosen und einen mehr als doppelt so hohen Komplexitäts- und Komorbiditätslevel der Erkrankung (vgl. T 2).

## Somatisch-psychische Komorbidität vs. rein somatische Erkrankung in der Akutsomatik (beobachtete Werte), 2016

T 2

	Somatisch-psychische Komorbidität	Rein somatische Erkrankung
Anzahl Fälle insgesamt	123 230	940 650
Anteil Männer	45,5%	45,5%
Anteil Frauen	54,5%	54,5%
Alter in Jahren (ø)	67,4	57,4
Anzahl Nebendiagnosen (ø)	8,6	3,9
Anzahl somatische Nebendiagnosen (ø)	7,3	3,9
Anzahl psychische Nebendiagnosen (ø)	1,3	0,0
Komplexitäts- und Komorbiditätslevel <sup>1</sup> (ø)	2,4	1,0
Mortalitätsrate (innerhalb von 30 Tagen nach Spitaleintritt)	3,8%	1,7%
Aufenthaltsdauer in Tagen (ø)	9,6	5,1
Rehospitalisierungsrate (innerhalb von 18 Tagen nach Spitalaustritt)	4,9%	2,5%
Netto Kostengewicht <sup>2</sup> (ø)	1,6	1,1

<sup>1</sup> Patientenbezogener Gesamtschweregrad bzw. Patient Clinical Complexity Level (PCCL) ist ein Mass für den kumulativen Effekt der Komplikationen und/oder Komorbiditäten (CC) pro Behandlungsfall. Die Werte reichen von 0 (keine CC) bis 4 (äusserst schwere CC).

<sup>2</sup> Das mittlere Kostengewicht ist ein Mass für den durchschnittlichen ökonomischen Ressourcenaufwand pro Behandlungsfall.

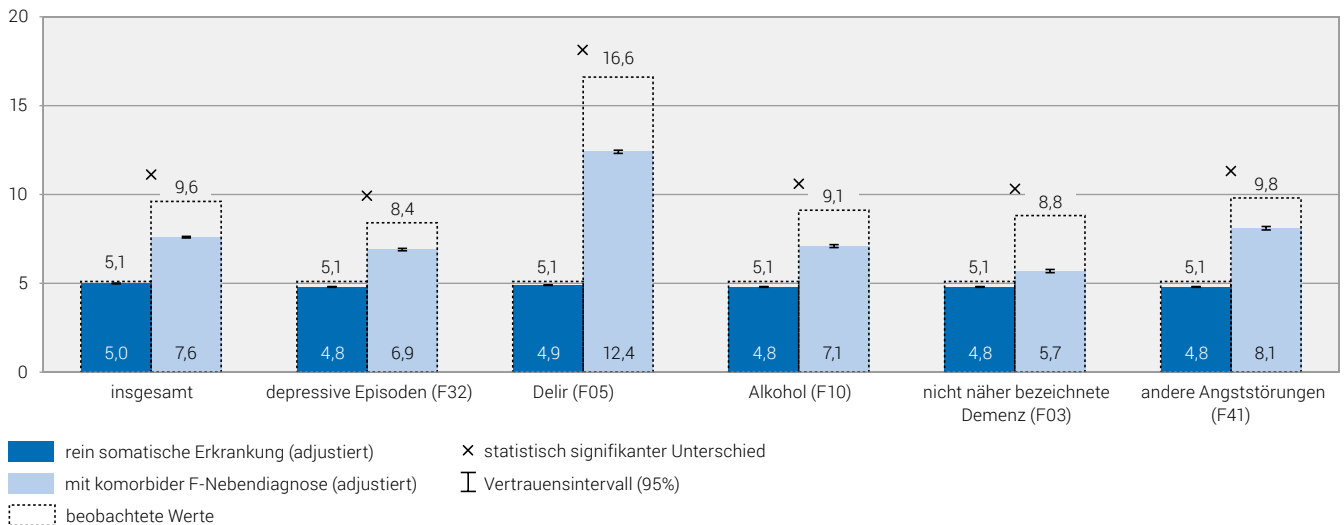
Quelle: BFS – Medizinische Statistik der Krankenhäuser 2016

© Obsan 2018

## Aufenthaltsdauer bei Fällen mit und ohne komorbide F-Nebendiagnosen nach häufigsten F-Nebendiagnosen, 2016

G1

Aufenthaltsdauer in Tagen



Anmerkung: lineares Regressionsmodell; Fehlerbalken stellen 95%-Konfidenzintervalle dar

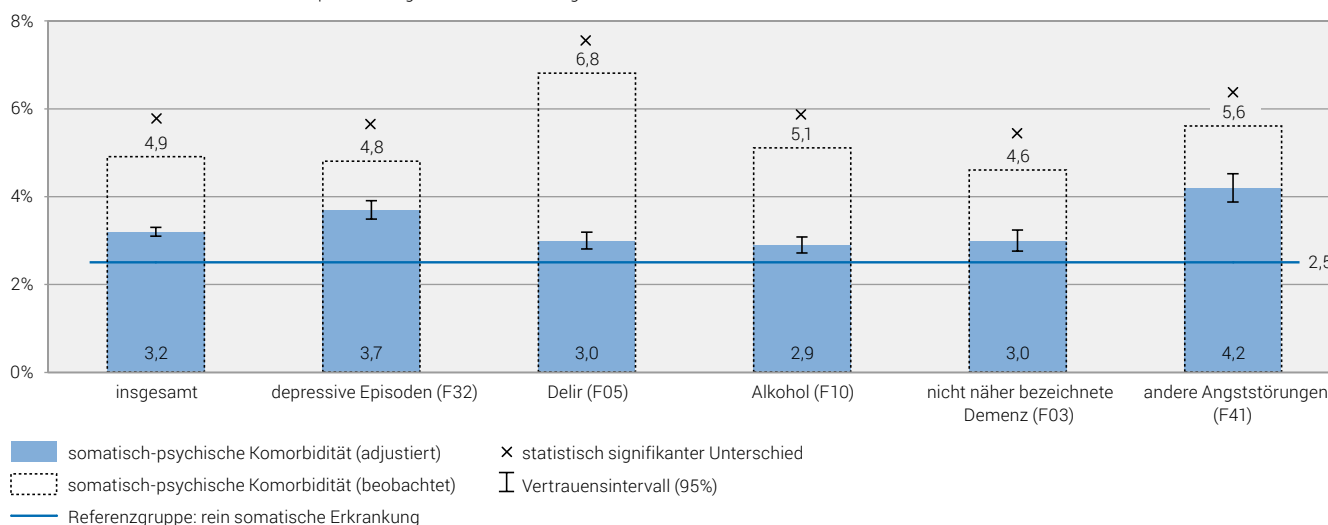
Quelle: BFS – Medizinische Statistik der Krankenhäuser 2016

© Obsan 2018

## Rehospitalisierungsraten bei somatisch-psychischer Komorbidität nach häufigsten F-Nebendiagnosen, 2016

G2

Anteil Fälle mit mindestens einer Rehospitalisierung innerhalb von 18 Tagen



Anmerkung: logistisches Regressionsmodell; Fehlerbalken stellen 95%-Konfidenzintervalle dar

Quelle: BFS – Medizinische Statistik der Krankenhäuser 2016

© Obsan 2018

Auch Aufenthaltsdauer, Rehospitalisierungs- und Mortalitätsraten sowie ökonomischer Ressourcenaufwand im Spital sind höher (vgl. T2). Die meisten Unterschiede bestehen auch bei Berücksichtigung von weiteren Einflussfaktoren wie z. B. Alter und Geschlecht (vgl. Kasten sowie G1–G4).

Die durchschnittliche **Aufenthaltsdauer** bei somatisch-psychischer Komorbidität liegt mit 9,6 Tagen deutlich höher als bei Fällen mit rein somatischen Erkrankungen (5,1 Tage). Dieser Unterschied ist unter Berücksichtigung weiterer Einflussfaktoren statistisch signifikant. Die adjustierten Werte liegen bei 7,6 bzw. 5,0 Tagen, d.h. Fälle mit einer komorbiden psychischen Störung bleiben bei ähnlicher medizinischer Ausgangslage durchschnittlich 2,6 Tage länger im Spital. Dieser Effekt tritt in unterschiedlicher Stärke bei den fünf häufigsten komorbiden psychischen Störungen auf (vgl. G1).

Der Anteil Fälle mit **Rehospitalisierungen** innerhalb von 18 Tagen nach Spitalaustritt liegt bei den somatisch-psychisch komorbid Erkrankten bei 4,9% und bei den rein somatisch Erkrankten bei 2,5%. Der Unterschied ist unter Berücksichtigung weiterer Einflussfaktoren statistisch signifikant; die adjustierte Rehospitalisierungsrate bei somatisch-psychischer Komorbidität liegt bei 3,2%. Ähnliche Unterschiede existieren auch für die fünf häufigsten komorbiden psychischen Störungen. Bei allen besteht ein signifikant höheres Rehospitalisierungsrisiko (vgl. G2).

Die **Mortalitätsrate** im Spital innerhalb 30 Tagen nach Spitalertritt beträgt bei somatisch-psychischer Komorbidität insgesamt 3,8% und ist wesentlich höher als bei rein somatischen Erkrankungen (1,7%). Die adjustierte Rate unterscheidet sich nur noch geringfügig (1,8% vs. 1,7%), jedoch statistisch signifikant. Einzelanalysen resultieren bei den häufigsten F-Nebendiagnosen signifikant höhere Mortalitätsraten für das *Delir* (F05) und die *Nicht näher bezeichnete Demenz* (F03). Kein Unterschied

findet sich für *Psychische und Verhaltensstörungen durch Alkohol* (F10) und *Andere Angststörungen* (F41). Bei den *Depressiven Episoden* (F32) hingegen liegt die adjustierte Mortalitätsrate signifikant tiefer als bei rein somatischen Erkrankungen (vgl. G3).<sup>1</sup> Insgesamt zeigen die Ergebnisse kein eindeutiges Bild bzgl. dem Zusammenhang zwischen somatisch-psychischer Komorbidität und Mortalität im Spital.

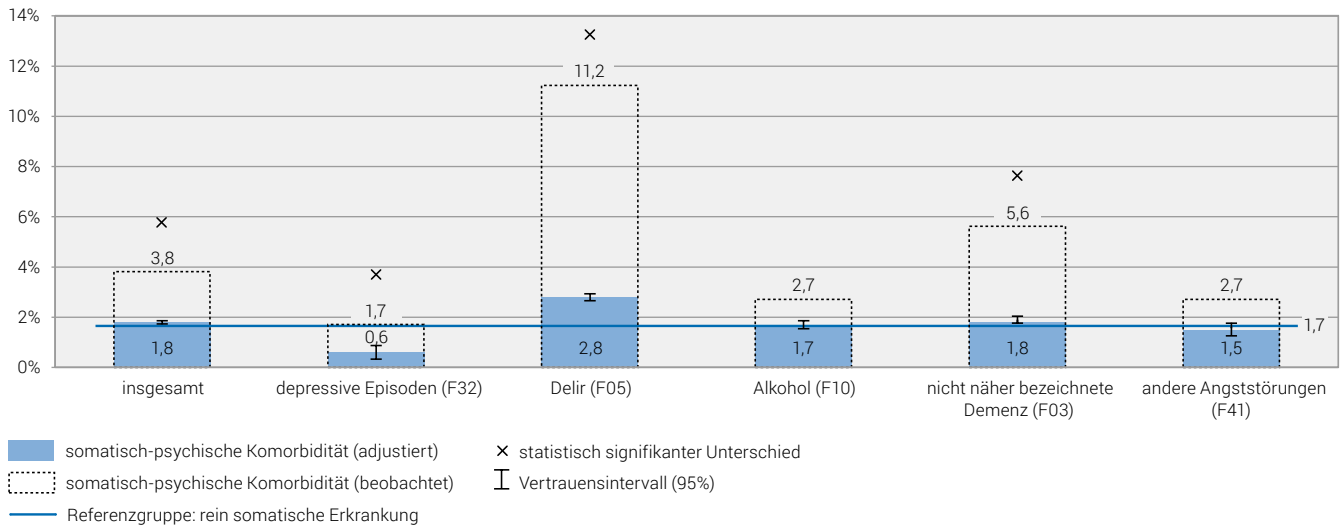
Der **ökonomische Ressourcenaufwand**, gemessen anhand der netto Kostengewichte, ist bei Fällen mit somatisch-psychischer Komorbidität um rund 28% höher als bei Fällen mit rein somatischen Erkrankungen, dies unter Berücksichtigung weiterer Einflussfaktoren (vgl. G4). Besonders ausgeprägt ist der Unterschied mit +166% beim *Delir* (F05.0–F05.9).

<sup>1</sup> Letzteres Ergebnis scheint nicht plausibel und widerspricht Befunden aus der Fachliteratur (z. B. Dao et al., 2010). Möglicherweise handelt es sich dabei um ein methodisches Artefakt (z. B. Konfundierung durch eine nicht erfasste Drittvariable). Daher sollte das Ergebnis mit entsprechender Zurückhaltung interpretiert werden.

### Mortalitätsraten im Spital bei somatisch-psychischer Komorbidität nach häufigsten F-Nebendiagnosen, 2016

G3

30-Tage Mortalitätsrate im Spital in %



Anmerkung: logistisches Regressionsmodell; Fehlerbalken stellen 95%-Konfidenzintervalle dar

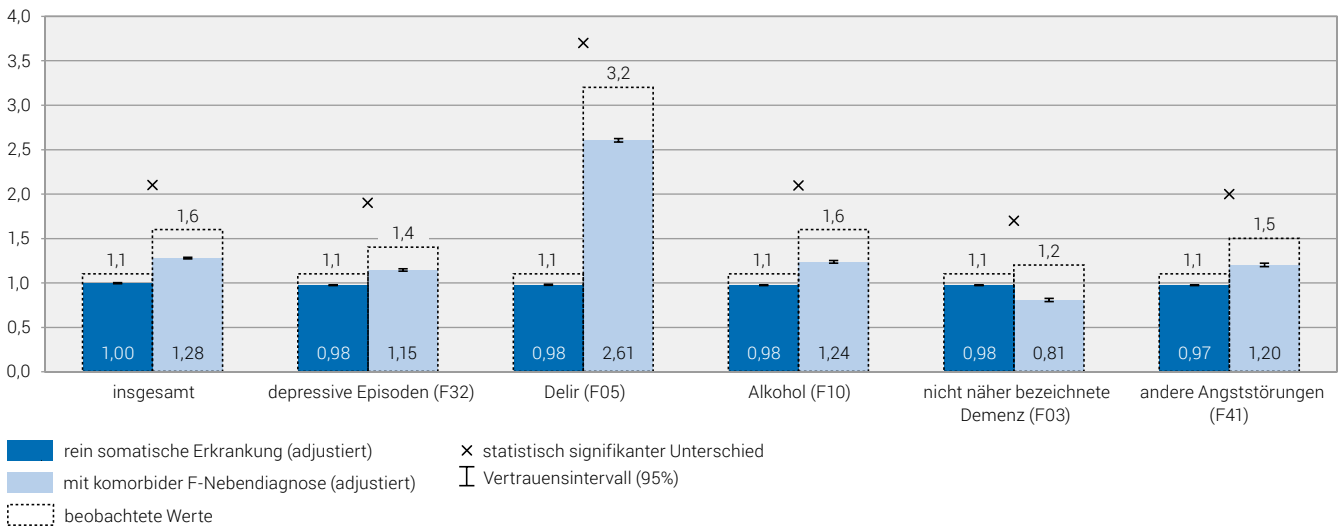
Quelle: BFS – Medizinische Statistik der Krankenhäuser 2016

© Obsan 2018

### Kostengewichte (netto) bei Fällen mit und ohne komorbide F-Nebendiagnosen nach häufigsten F-Nebendiagnosen, 2016

G4

Kostengewichte (netto)



Anmerkung: lineares Regressionsmodell; Fehlerbalken stellen 95%-Konfidenzintervalle dar

Quelle: BFS – Medizinische Statistik der Krankenhäuser 2016

© Obsan 2018

## Fazit

Somatisch-psychische Komorbidität kommt im stationären Bereich von Schweizer Akutspitälern häufig vor. Sie führt zu längeren Spitalaufenthalten, vermehrten Rehospitalisierungen sowie erhöhtem ökonomischen Ressourcenaufwand und stellt somit die Strukturen der Akutsomatik vor Herausforderungen. Für eine optimale Versorgung der betroffenen Personen ist es wichtig, die psychische Komorbidität frühzeitig und zuverlässig zu erkennen und folglich die Behandlung entsprechend den Bedürfnissen der Patientinnen und Patienten anzupassen (Rose et al., 2011). Die Konsiliar- und Liaisonpsychiatrischen Dienste sind ein möglicher Weg dies zu gewährleisten und um folglich die Versorgungssituation psychisch erkrankter Personen in der Akutsomatik zu verbessern (vgl. [www.ssclp.ch](http://www.ssclp.ch)).

Auch auf politischer Ebene wurden die Herausforderungen, die durch psychische Komorbidität im Gesundheitswesen entstehen, erkannt. So hat das Bundesamt für Gesundheit (BAG) im Rahmen der Umsetzung der Strategie «Gesundheit2020» eine Situationsanalyse zur koordinierten Versorgung von psychisch erkrankten Personen an der Schnittstelle «Akutsomatik – Psychiatrie» durchführen lassen (Schlapbach & Ruffin, 2017) und es sind weitere Studien zur Versorgungssituation von Personen mit somatisch-psychischer Komorbidität geplant. Als weiterer Schritt wäre das Festlegen von klaren gesundheitspolitischen Strategien für eine strukturierte Weiterentwicklung integrierter Versorgungsmodelle wünschenswert.

## Referenzen

- Baumeister, H., Kury, S., & Bengel, J. (2011). Somatopsychische Komorbidität. *Bundesgesundheitsblatt – Gesundheitsforschung – Gesundheitsschutz*, 54, 9–14.
- Burgmer, M., Fiori, W., Bunzemeier, H., Roeder, N., & Heuft, G. (2004). Komorbidität psychischer Störungen im G-DRG-System – Einfluss auf die Verweildauer und Erlössituation an einem deutschen Universitätsklinikum. *Zeitschrift für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie*, 50, 306–316.
- Dao, T. K., et al. (2010). Clinical depression, posttraumatic stress disorder, and comorbid depression and posttraumatic stress disorder as risk factors for in-hospital mortality after coronary artery bypass grafting surgery. *The Journal of thoracic and cardiovascular surgery*, 140(3), 606–610.
- Häuser, W., Grandt, D., Schäfer, H., Gorge, G., & Krause-Wichmann, D. (2005). Abbildung komorbider psychischer Störungen bei internistischen Patienten im G-DRG-System. PPM – Psychotherapie – *Psychosomatik – Medizinische Psychologie*, 55, 442–446.
- Klesse, C., Baumeister, H., Bengel, J., & Härter, M. (2008). Somatische und psychische Komorbidität. *Psychotherapeut*, 53, 49–62.
- Rose, M., Wahl, I., Crusius, J., & Löwe, B. (2011). Psychische Komorbidität. *Bundesgesundheitsblatt – Gesundheitsforschung – Gesundheitsschutz*, 54, 83–89.
- Schlapbach, M., Ruffin, R. (2017). *Koordinierte Versorgung für psychisch erkrankte Personen an der Schnittstelle «Akutsomatik – Psychiatrie resp. psychiatrische Klinik»* – Schlussbericht. socialdesign ag im Auftrag des Bundesamtes für Gesundheit (BAG), April 2017, Bern.
- Stiefel, F., et al. 2008. *Effects of a multifaceted psychiatric intervention in the complex medically ill: a randomized controlled trial*. *Psychother Psychosom*, 77, 247–256.
- Tuch, A. (2018). *Somatisch-psychische Komorbidität in Schweizer Akutspitälern*. Begleitbericht zum Obsan Bulletin 1/2018. Neuchâtel: Schweizerisches Gesundheitsobservatorium. [www.obsan.admin.ch/de/publikationen/somatisch-psychische-komorbiditaet-schweizer-akutspitaelern](http://www.obsan.admin.ch/de/publikationen/somatisch-psychische-komorbiditaet-schweizer-akutspitaelern)



**Das Schweizerische Gesundheitsobservatorium (Obsan)**

ist eine von Bund und Kantonen getragene Institution. Das Obsan analysiert die vorhandenen Gesundheitsinformationen in der Schweiz. Es unterstützt Bund, Kantone und weitere Institutionen im Gesundheitswesen bei ihrer Planung, ihrer Entscheidungsfindung und in ihrem Handeln. Weitere Informationen sind unter [www.obsan.ch](http://www.obsan.ch) zu finden.

**Impressum****Herausgeber**

Schweizerisches Gesundheitsobservatorium (Obsan)

**Autor**

Alexandre Tuch

**Zitierweise**

Tuch, A. (2018). *Somatisch-psychische Komorbidität in Schweizer Akutspitälern. Prävalenz und Inanspruchnahme.* (Obsan Bulletin 1/2018). Neuchâtel: Schweizerisches Gesundheitsobservatorium.

**Projektleitung Obsan**

Alexandre Tuch

**Projektleitung Obsan**

Alexandre Tuch

**Auskünfte/Informationen**

Schweizerisches Gesundheitsobservatorium  
Espace de l'Europe 10, CH-2010 Neuchâtel, Tel. 058 463 60 45,  
[obsan@bfs.admin.ch](mailto:obsan@bfs.admin.ch), [www.obsan.ch](http://www.obsan.ch)

**Originalsprache**

Deutsch. Diese Publikation ist auch in französischer Sprache erhältlich (BFS-Nummer: 1034-1801).

**Grafik/Layout**

Bundesamt für Statistik (BFS), Sektion DIAM, Prepress/Print

**Bestellungen**

Tel. 058 463 60 60, Fax 058 463 60 61, [order@bfs.admin.ch](mailto:order@bfs.admin.ch) (gratis)

**BFS-Nummer**

1033-1801

**Download PDF/Literaturverzeichnis**

[www.obsan.ch](http://www.obsan.ch) → Publikationen (gratis)

© Obsan 2018



**GDK** Schweizerische Konferenz der kantonalen Gesundheitsdirektorinnen und -direktoren  
**CDS** Confédération suisse des directrices et directeurs cantonaux de la santé  
**CDS** Conferenza svizzera delle direttrici e dei direttori cantonali della sanità



Schweizerische Eidgenossenschaft  
Confédération suisse  
Confederazione Svizzera  
Confederaziun svizra  
**Eidgenössisches Departement des Innern EDI**  
**Département fédéral de l'intérieur DFI**  
**Dipartimento federale dell'interno DFI**



Das Schweizerische Gesundheitsobservatorium (Obsan) ist eine gemeinsame Institution von Bund und Kantonen.  
L'Observatoire suisse de la santé (Obsan) est une institution commune de la Confédération et des cantons.  
L'Osservatorio svizzero della salute (Obsan) è un'istituzione comune della Confederazione e dei Cantoni.